

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

774

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHAKROUN Moncef

né le 26 février 1930 à TUNIS (Tunisie)

Diplômé de Malariologie de l'Université de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

LOCALISATION EXCEPTIONNELLE

DE LA FILAIRE DE MEDINE

(*Dracunculus Médinensis*)

A propos d'une observation d'abcès de l'Espace épidural

Président :

Mr L. C. BRUMPT,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHAKROUN Moncef

né le 26 février 1930 à TUNIS (Tunisie)

Diplômé de Malariologie de l'Université de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

LOCALISATION EXCEPTIONNELLE

DE LA FILAIRE DE MEDINE

(*Dracunculus Médinensis*)

A propos d'une observation d'abcès de l'Espace épidural

Président :

Mr L. C. BRUMPT,

Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
	BINET (L.)
Physiologie	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.)
Hygiène et médecine préventive	BOURLIÈRE (F.)
	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOLKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Breca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
Cliniques médicales	Castaigne (P.)
	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique d'hygiène et de climatologie (Bichat)	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEBRAY (C.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GENNES (L. de)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DEROT (M.)
Cliniques obstétricales	DAVID (M.)
	Baudelocque GAROIN (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	Foch (Suresnes) LACOMME (M.)
	CLAUDE MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	NICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	OOSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	GAULTIER (M.)
Sémiologie médicale	PADOVANI (P.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{	BOUR (H.)
		LHERMITTE (F.)
		PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) DOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAILLIÉ Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAÏ (M.) GARNIER (H.) (Cl. ds) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie	COUDARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)	Pathologie médicale	
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENQUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.) LAPRESLE (J.)		
Médecine du travail	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)		
Neuro-chirurgie	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SEMEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neurologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)
Physiologie	pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf.
Physique médicale	pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

l'amie des bons et des mauvais jours,
toujours présente.

A mes enfants

qu'ils croient dans les vertus de la
persévérance, pour qu'ils fassent
mieux.

A la mémoire de mon frère Mohamed RIDHA

fidèle compagnon de mon enfance.

A mon père

A ma mère

faible témoignage de reconnaissance,
aucune dédicace ne saurait exprimer
l'affection que je leur porte.

A mes frères

A mes soeurs

qu'ils croient à mon indéfectible
attachement.

A tous mes parents

A tous mes camarades de la Fondation S.E.F.

A tous mes condisciples

A tous ceux qui m'honorent de leur amitié.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur L. C. BRUMPT

Professeur de Parasitologie à la Faculté
de Médecine de Paris.

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance et de notre gratitude.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Agrégé J. SCHNEIDER

Professeur de Pathologie exotique à la Faculté
de Médecine de Paris.

qui nous a suggéré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils
bienveillants et fructueux.

qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre profonde gratitude.

A tous mes Maitres

de la Faculté de Médecine de Paris

Médecins, chirurgiens et spécialistes des Hôpitaux
de Paris.

En particulier :

Monsieur le Docteur BOLTANSKI

Monsieur le Professeur agrégé GRASSET

Monsieur le Professeur LAURENCE

Monsieur le Professeur agrégé LELORIER

Monsieur le Professeur agrégé MAYER

qui ont avec bienveillance guidés nos
premiers pas.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de DIEU d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

INTRODUCTION

La Dracunculose est habituellement une maladie bénigne. Elle pose alors peu de problèmes, tant du point de vue diagnostic que du point de vue thérapeutique.

Il n'est pas rare que le malade soit au courant de son affection et que, par des moyens simples, méthodiquement, il arrive à s'en débarrasser.

L'enseignement Clinique que nous avons suivi à l'Hôpital Claude Bernard, dans le cadre du Diplôme de Médecine Tropicale, nous a pourtant permis d'observer un cas de dracunculose à localisation exceptionnelle, comportant des complications majeures.

C'est ce cas qui a inspiré notre présente étude.

Dans ce travail, nous nous sommes proposés :

- 1 - d'exposer cette observation,
- 2 - de la discuter
- 3 - de la comparer aux quelques autres observations que nous avons pu recueillir dans la littérature.

Bien qu'aucune d'elles ne se rapporte à une localisation similaire, il n'en demeure pas moins vrai que nous pouvons les rapprocher, car il s'agit :

- 1 - de localisations rares dont le diagnostic est difficile,
- 2 - le pronostic d'un certain nombre d'entre elles reste sévère, ce qui les distingue des formes communes.

Avant d'exposer l'observation exceptionnelle que nous avons rencontrée à l'hôpital Claude Bernard, il est essentiel de faire un rappel parasitologique, clinique, thérapeutique et épidémiologique de la Dracunculose.

Dans ce chapitre, nous montrerons l'importance de l'en-

2
quête épidémiologique, la nécessité d'une bonne connaissance de la répartition géographique et le rôle joué dans la diffusion des maladies parasitaires par la multiplicité des déplacements humains facilités par les moyens de communication actuels.

oOo

GENERALITES

La Dracunculose ou Dracontiasse est une affection parasitaire dont l'agent pathogène est une filaire : *Dracunculus Medinensis*, Dragoneau ou ver de Guinée.

I - HISTORIQUE

- VELSCHIUS en 1674, vit le ver à Médine, dans la péninsule arabique et l'appela :

VENA MEDINENSIS,

- GMELIN en 1790, le classa parmi des filaires

FILARIA MEDINENSIS,

- puis , REICHARD en 1795, en fit le genre

DRACUNCULUS;

- enfin, c'est FEDTSCHENKO qui étudia le premier, puis décrivit le cycle biologique du ver de Guinée.

II - MORPHOLOGIE DE D. MEDINENSIS

La filaire de Médine est un ver cylindrique, non segmenté, à revêtement externe chitineux ; elle appartient à l'ordre des Nématode.

1 - Le mâle :

Il ne mesure que 4 centimètres de long environ ; il n'a jamais été rencontré chez l'homme, mais, expérimentalement, certains auteurs l'ont mis en évidence chez le singe.

Son rôle pathogène est inexistant ; il meurt après avoir copulé avec la femelle.

2 - La femelle :

Celle-ci est le vrai responsable de la maladie humaine. Elle mesure plusieurs dizaines de centimètres, et peut atteindre parfois, 90 ou 100 centimètres de long.

Son pôle antérieur comprend, à côté de l'orifice buccal, le sac génital bourré de microfilaires.

3 - La microfilaire :

Quand le ver est mûr, il se forme une vésicule cutanée, le plus souvent dans la région malléolaire de l'homme infesté ; vésicule qui s'ulcère ultérieurement.

Au contact de l'eau, le sac utérin se rompt et décharge son contenu dans le milieu aquatique, au travers de l'ulcération.

On peut, par une méthode très simple faire le diagnostic de Dracunculose : cette technique consiste à faire plonger un moment la partie du membre où siège l'ulcération dans un bassin contenant de l'eau, et d'examiner, entre lame et lamelle, quelques gouttelettes du liquide qui s'écoule par cette ulcération à la recherche des embryons.

Si l'ulcération est ancienne, et que le ver s'est rétracté plus haut dans sa gouttière, on peut prélever à l'orifice du tunnel la sécrétion puriforme et y rechercher les microfilaires.

III - L'HOTE INTERMEDIAIRE

La transmission de la Dracunculose nécessite un hôte intermédiaire : le CYCLOPS.

La survie des larves de *Dracunculus Medinensis* dans l'eau, n'est que de quelques heures à quelques jours ; et ces larves mourront, irrémédiablement, si pendant ce laps de temps, un crustacé copépode, du groupe Cyclops, ne les absorbe : leur évolution est alors assurée.

En Afrique, c'est Cyclops CORONATUS qui est l'hôte intermédiaire habituel ; mais en Asie, nous pouvons trouver infestés, aussi bien Cyclops QUADRICORNIS, LEUCKARTI, HYALINUS, que Cyclops MESOCYCLOPS VERMIFER, notamment aux Indes.

Lorsqu'elle est absorbée par le Cyclops, la microfilaire traverse le tube digestif du crustacé :

- dans un premier temps, elle gagne sa cavité générale ;
- puis, dans un second et dernier temps, elle va coloniser les glandes génitales, indifféremment ovaires ou testicules du copépode, sans que le cyclops soit incommodé, semble-t-il.

Durant ce périple, qui a duré de 4 à 6 semaines, l'embryon de *D. Medinensis* a subi 2 à 3 mues : son extrémité postérieure est alors trilobée, et il mesure 1 millimètre environ.

C'est la larve infestante pour l'homme.

IV - CHEZ L'HOMME

La contamination se fait par voie digestive : c'est par exemple en absorbant l'eau d'un puits, ou plus souvent d'une mare, contenant ces microscopiques crustacés, dont certains sont porteurs de la larve infestante, que l'homme va contracter la Dracunculose.

Le liquide gastrique, qui contient normalement à l'état physiologique de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, "digère" le crustacé et libère la larve. Ce fait a été démontré expérimentalement par LEPEIR, FAIRLEY et LISTON.

Ces auteurs, au laboratoire, ont montré que l'on pouvait détruire en 15 minutes des cyclops, par un mélange de :

- | | |
|--------------------|------|
| - Pepsine à 1% | } aa |
| - Cl H à 0,3% | |

alors qu'un mélange trypsine-bicarbonate de soude a une action plus lente, de 40 à 60 minutes.

Libérée du cyclops, la larve traverse la paroi stomacale de l'homme, et gagne l'espace rétro-oesophagien, comme l'on si bien démontré MOORTHY et SWEET en opérant sur un lot de chiens infestés expérimentalement par un repas contenant plusieurs cyclops contaminés.

En quittant l'espace rétro-oesophagien, la larve accomplit sa migration définitive. Elle se rend électivement alors, dans le tissu conjonctif sous-cutané des parties déclives : c'est à dire dans les membres inférieurs, région malléolaire et plantaire, où elle atteint sa taille adulte.

La maladie ne devient patente que 9 à 12 mois plus tard, une fois que la filaire est devenue adulte, et qu'elle s'est localisée dans son territoire d'élection. Elle détermine alors les signes cliniques que nous exposerons plus loin

Notons que l'homme est le seul réservoir de virus .

E. BR UMPT considère que la présence de *D. Medinensis* chez les animaux ne peut être qu'accidentelle, puisque dans les régions de forte endémie filarienne, la Dracunculose n'existe pas chez eux.

V - EPIDEMIOLOGIE DE LA DRACUNCULOSE

Vu le progrès des moyens de communications, tout praticien peut-être amené partout à examiner un malade atteint d'une affection des pays chauds. Il doit en connaître la répartition géographique pour pouvoir guider et éclairer ses investigations.

Dans le cas de la Dracunculose, l'Asie mineure et l'ouest-Africain notamment, payent un lourd tribut à la maladie.

1 - En Asie :

- l'Arabie avec le HEDJAZ ,
- le Yemen et la Côte de la mer Rouge,
- la Syrie,
- le Turkestan,
- l'Iran ,
- l'Inde enfin, mais sans dépasser les bords du Gange.

2 - En Afrique :

- toute la vallée du Nil,
- la région du Tchad,
- la côte occidentale, de la Mauritanie au Gabon, sans oublier la Guinée,
- par contre, le bassin du Congo est indemne.

3 - Par ailleurs, il existe quelques petits foyers très localisés :

- en Afrique :
 - au Tanganyika ,
 - en Ouganda,
 - en Rhodésie du Nord.

- En Amérique :

- dans l'Ile de la Trinité,
- aux Antilles,
- aux Guyanes,
- à Bahia au Brésil.

VI - MANIFESTATIONS CLINIQUES :

Nous distinguerons deux stades à la Dracunculose :

A - Une période d'invasion : suivant de peu l'ingestion du parasite, les manifestations de cette invasion sont le plus souvent fugaces, inconstantes, difficiles à rattacher à une étiologie précise, et le plus souvent retournées par l'interrogatoire.

1 - les unes sont des troubles d'ordre général :

- dyspnée,
- courbatures,
- vertiges,
- fébricule.

2 - les autres sont des troubles d'ordre digestif :

- nausées,
- vomissements,
- coliques vagues.

3 - Enfin, assez souvent, une réaction urticarienne généralisée peut compléter ce tableau clinique.

Après cette période, tout semble rentrer dans l'ordre pour plusieurs mois.

B - Une période d'état : elle est contemporaine de l'apparition du ver adulte sous la peau.

1 - Le signe fonctionnel le plus fréquent, bien que loin d'être constant est le PRURIT. Celui-ci est plus ou moins violent et siège à l'endroit où le ver va s'extérioriser.

2 - Les renseignements fournis par l'examen sont indirects et variables. Parfois on découvre un cordon induré, plus ou moins sinueux, dessinant sous la peau le trajet de la filaire mais souvent cette dernière n'est pas visible, et

sa seule extériorisation est l'existence d'une vésicule cutanée qui va s'ulcérer.

- 3 - A ce moment, le meilleur signe de certitude sera l'épreuve de l'eau que nous avons déjà décrite : le contact de l'eau avec la vésicule libère en effet des microfilaires, facilement visibles au microscope.

La connaissance de cette extériorisation aquatique de la filaire, permet aisément de comprendre la fermeture du cycle de la Dracunculose.

VII - TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DE LA DRACUNCULOSE

A - Traitement :

Le traitement médicamenteux de la Dracunculose est extrêmement décevant.

On a proposé l'emploi de divers médicaments, parmi lesquels de nombreux dérivés de l'antimoine pentavalent (NEOSTIBOSAN) qui se sont tous montrés inactifs ; et, récemment la diéthylcarbamazine (NOTEZINE) qui est un dérivé de la pipérazine.

Malgré l'activité indéniable reconnue à la Notézine dans le traitement d'autres filarioses, ce médicament n'a montré aucune activité sur la filaire de Médine.

En fait le seul traitement actif de la Dracunculose est le traitement chirurgical pour l'extirpation du ver.

- 1 - La méthode classique est ancestrale ; elle est encore largement employée dans les pays où la maladie est endémique

Ce procédé très simple consiste, après avoir dégagé l'extrémité antérieure du ver, de le fixer sur un bâtonnet ; après quoi, chaque jour, sans effectuer de traction intempestive, on enroule peu à peu le ver.

Cette méthode donne d'excellents résultats, à condition d'être exécutée avec patience. Le seul inconvénient réel provient du fait, qu'elle soit appliquée bien souvent par des individus ignorants les règles d'asepsie. Cette ignorance ayant fréquemment pour corollaire une surinfection microbienne.

- 2 - A l'heure actuelle, les chirurgiens ont proposé diverses

méthodes d'extirpation de ces parasites . Nombre d'auteurs ont proposés, pour faciliter l'extirpation du ver, d'utiliser certaines substances destinées à l'anesthésier, voire même à le tuer préalablement à l'extirpation chirurgicale.

C'est ainsi que :

- EMILY utilise le sublimé à 1 pour mille,
- LEFEBVRE la cocafne,
- BECLERE les vapeurs de chloroforme,
- JEANSELME le novarsénobenzol ,
- enfin, d'autres auteurs injectent dans le ver du chlorure de sodium ou de la teinture d'Iode.

B - Prophylaxie :

La prophylaxie de la Dracunculose, comme celle de nombre de maladies tropicales, est liée à l'amélioration du standard de vie des habitants de ces régions infestées.

Il tombe sous le sens que si les habitants de ces régions avaient à leur disposition une eau saine, il n'y aurait pas de risque de contamination ; celle-ci paraissant inévitable dans les régions où l'eau est rare, et où la même collection aquatique sert tour à tour à l'alimentation et aux ablutions.

Certes l'éducation sanitaire permettrait dans une certaine mesure d'agir sur la transmission, en interdisant aux individus porteurs d'ulcération filarienne de tremper les membres atteints dans l'eau servant à l'alimentation du reste de la population. Mais nous nous heurtons là à un problème général qui déborde le cadre de la présente étude.

Actuellement, la seule méthode prophylactique ne peut être qu'individuelle et consiste à enseigner à ceux qui veulent se protéger, l'importance à ne boire qu'une eau sérieusement filtrée ou désinfectée.

Quant à la chimio-prophylaxie de la Dracunculose, elle n'est pas totalement illusoire.

Alors que comme nous l'avons dit ci-dessus, la diethyl-carbamazine (Notézine) n'a aucune action sur la filaire elle-même ; ce médicament paraît avoir une certaine activité léthale sur les microfilaires : c'est ce que semble démontrer

une étude faite par ROUSSET en Mauritanie.

Cet auteur a réussi , d'après ses travaux, à protéger des individus de l'infestation en leur faisant prendre des comprimés de Diéthylcarbamazine.

Cependant, cette expérience n'a pas été répétée, et jusqu'à plus ample information, la méthode la plus sûre reste la désinfection de l'eau .

oOo

MANIFESTATIONS ATYPIQUES DE LA DRACUNCULOSE

Nous avons jusqu'à présent décrit la forme commune de la filaire de Médine ; mais il existe des cas où , les manifestations cliniques revêtent un aspect très particulier, et sont d'un diagnostic très difficile, c'est ainsi que :

- DEJOU signale l'existence d'abcès profonds à ver de Guinée, qui évoluent comme des abcès froids tuberculeux,
- CARAYON nous rapporte le cas d'une femme de 20 ans, qui après extraction d'une filaire du creux poplité, a fait une tumeur maligne nécessitant l'amputation de la cuisse.
- GUIRAUD opérant en urgence une occlusion intestinale du grêle, découvrit à la laparotomie un nodule filarien avec embryons calcifiés.
- CAMAIN et HAVRET, devant une pancréatite atténuée à rechute, retrouvèrent à l'intervention une adénopathie filarienne déterminant une hypertension portale complexe.

Nous ne citerons que ces quelques exemples de localisations, pour comprendre toute la difficulté de ces cas rares, qui égarent le diagnostic et compromettent le pronostic.

Aussi, bien que la Dracunculoze demeure une affection qui pose peu de problèmes en général, il n'en demeure pas moins vrai, que certains cas peuvent être préoccupants.

C'est à propos de ces cas difficiles que nous rapportons l'observation exceptionnelle qui a motivé notre travail.

OBSERVATION

Monsieur TRA... est un sujet de race noire, originaire du MALI, âgé de 32 ans.

Son histoire clinique eut pour cadre trois hôpitaux parisiens.

I - HOPITAL DE SAINT DENIS

Le 31 juillet 1962, le malade y est admis pour des douleurs apparues brutalement au niveau du rachis dorsal .

A - L'examen clinique à ce moment donne les renseignements suivants :

- 1 - Signes fonctionnels : le malade se plaint de douleurs intenses et continues avec une impotence fonctionnelle nette ; mais n'a pas de radiculalgies en ceinture.
- 2 - Signes d'examen : ceux-ci sont fort peu explicites :
 - l'état général est satisfaisant,
 - la température est voisine de la normale,
 - on découvre quelques ganglions inguinaux bilatéraux,
 - et l'on décèle l'excoriation d'une ulcération de la plante du pied gauche : l'interrogatoire révèle que le malade a été porteur d'un ver de Guinée.

B - Des examens complémentaires sont pratiqués :

- 1 - Une radiographie du Thorax qui est normale, et une du rachis dorsal qui est normale aussi.
- 2 - Un hémogramme dont le résultat est le suivant :
 - Hématies 4.000.000 par mm³

- leucocytes 6.400 par mm³

dont poly. neutro 65 %

poly. éosino. 1%

3 - Des tests tuberculiniques dont :

- une cuti-réaction qui est négative

- une intradérmo-réaction

à 50 unités qui est positive

C - Au 14ème jour de l'hospitalisation, on note :

1 - Que les douleurs dorsales diminuent nettement d'intensité,

2 - mais apparition brutale d'une paraplégie flasque, lors d'un mouvement.

Craignant une extension ascendante du processus paralytique des membres inférieurs, on décide de transférer le malade dans un centre équipé en appareils de respiration assistée.

II - HOPITAL CLAUDE BERNARD

Le 31 août 1962, le malade y est admis.

A - L'examen général à l'entrée montre que :

- la température est normale ;
- il y a une légère gêne respiratoire ;
- on trouve une polyadénopathie inguinale ;
- on retrouve la fistule plantaire gauche ;
- le malade est atteint d'une rétention vésicale et rectale.

B - L'examen neurologique à ce moment montre l'existence :

- d'une paralysie flasque des deux membres inférieurs,
- d'une paralysie des muscles de la paroi abdominale et de la ceinture pelvienne ;
- les réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs sont abolis, de même que les réflexes cutanés plantaires et abdominaux ;
- l'anesthésie est complète à tous les modes, sur un territoire dont la limite supérieure est nette, et qui correspond à l'émergence des racines en provenances de D₆ ;
- les troubles sphinctériens persistent.

Par contre, on constate l'intégrité :

- des muscles cervicaux,
- des muscles qui sont sous la dépendance des nerfs crâniens,
- des muscles des membres supérieurs,
- du diaphragme,
- des muscles intercostaux supérieurs,
- cependant les intercostaux inférieurs présentent une atteinte discrète.

C - Des examens complémentaires sont pratiqués :

- la radiographie du rachis est normale
- la ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien dont
 - . l'aspect est xanthochromique
 - . avec une albuminorachie à 14 g
 - . et une réaction cellulaire à 56 éléments par millimètre cube, qui se révèlent être des polynucléaires intacts.
 - . de plus l'épreuve manométrique de QUECKENSTEDT-STOOKEY confirme le blocage complet du L.C.R.

On décide alors , une intervention neuro-chirurgicale décompressive de la moelle.

III - HOPITAL DE LA SALPETRIERE

Le 14 août 1962, le malade est transféré dans le service de neuro-chirurgie (Dr. LEBEAU)

A - L'intervention . Le compte- rendu opératoire est le suivant :

- incision au niveau de D₆
- résection des lames vertébrales entre D₅ et D₈
- on découvre une grosse épидurite avec de multiples poches , de pus,
- dilacération du tissu épидural : on trouve trois cordons blancs, qui se révèlent être un parasite replié sur lui-même s'étendant de part et d'autre de l'ouverture de la laminectomie.

- On le retire doucement, par traction progressive,
- Ablation en bloc de la masse épidurale,
- Curetage de la face postérieure de la dure-mère,
- Hémostase soigneuse,
- L'espace est comblé de gélatine soframycinée,
- Réfection de la masse musculaire en deux plans, et de la paroi cutanée en deux plans aussi.

B - Les suites opératoires furent les suivantes :

- On procède 10 jours après l'intervention à une épreuve de QUECKENSTEDT-STOOKEY qui s'avère normale.
- On pratique par voie lombaire, une radiographie lipiodolée de contrôle qui montre un arrêt incomplet du produit opaque, à la limite inférieure de la laminectomie, avec des coulées latérales .
- Mais, aucune amélioration fonctionnelle du malade, n'est constatée.

Notons que Monsieur TRA... élimine 8 jours après l'intervention, à la face postérieure du coude droit, une autre filaire.

C - Les séquelles :

Malgré l'acte chirurgical, le malade va conserver :

- une paraplégie flasque pratiquement inchangée,
- Il ne récupère aucun mouvement spontané des membres inférieurs.
- Les réflexes tendineux sont abolis des deux côtés.
- Les réflexes cutanés plantaires sont en extension.
- On note une ébauche de triple retrait à la flexion forcée des orteils.
- On constate une anesthésie complète à tous les modes, remontant à D₈.
- De même persistance des troubles sphinctériens.
- Par la suite, des escarres importantes sacrées et talonnières sont apparues.

Le malade sur sa demande est rapatrié au Mali.

IV - ETUDE DES PRODUITS PATHOLOGIQUES RECUEILLIS LORS DE L'INTERVENTION

A - L'examen du pus montre

- des hématies en grand nombre,
- des leucocytes nombreux aussi, mais peu altérés ;
- il n'y a pas de germes à l'examen direct,
- et la culture est stérile.

B - L'examen du parasite

On identifie celui-ci comme une filaire de médine, *Dra-
cunculus Medinensis*, longue de 67 centimètres.

C - L'examen de la masse épidurale est confiée au laboratoire d'anatomie pathologique.

On nous répond :

"Fibrose très dense, infiltrée de cellules rondes, surtout de
plasmocytes. En bordure, zones fibrinoïdes et puriformes,
avec quelques cellules géantes rappelant qu'il s'agit d'une
réaction à corps étranger"

(Dr. FONCIN)

ETUDE ANALYTIQUE

De ce qui précède, quelques remarques s'imposent :

- a - la maladie s'est manifestée en tant que syndrome de compression médullaire d'apparition brutale.
- b - le diagnostic étiologique a été seulement peropératoire,
 - malgré l'examen méthodique des antécédents du malade,
 - malgré le soin de l'examen clinique ,
 - et malgré l'apport complémentaire du laboratoire et de la radiographie, qui n'a pu montrer la présence de filaire calcifiée visible, même à une seconde lecture des clichés après l'intervention, le diagnostic étant connu,
- c - les séquelles, aussi bien fonctionnelles, que vitales, sont importantes et ceci malgré la célérité du traitement neuro chirurgical.

CARAYON et collaborateurs, dans un récent travail, ont rapporté 25 observations de Dracunculose, à localisation rare, et dont le traitement n'a pu être que chirurgical.

Ces auteurs reconnaissent au ver de Guinée trois possibilités de migration :

- 1 - une "migration habituelle" vers les membres inférieurs,
- 2 - une "migration aberrante", superficielle, par exemple vers le cou, le thorax, les membres supérieurs etc...
- 3 - une "migration manquée", se terminant le plus souvent dans le tissu péritonéal.

Sous cet angle, notre malade a bénéficié de ces trois types de migrations :

- la fistule plantaire gauche est du type un,
- la filaire du coude droit est du type deux,

- l'abcès filarien de l'espace épidual est du type trois.

C'est donc une migration manquée qui était responsable de ce tableau clinique exceptionnel de Dracunculose ; et qui, à notre connaissance est le premier cas de ce genre.

En effet, CARAYON ne cite aucune localisation nerveuse, et, toutes celles rapportées avaient trait à l'espace péritonéal. (1) Cet auteur classe les manifestations qu'il a décrites de la façon suivante :

- 1 - Localisation para-péritonéale dans l'atmosphère celluleuse rétropéritonéale des fosses iliaques internes..... 1 cas
 - 2 - localisation juxtafuniculaire le long du cordon spermatique, simulant un kyste sereux du cordon, ou au contact des sacs herniaires3 cas
 - 3 - localisation justa-vaginale épидидymo-testiculaire, au contact de la glande ou de la queue de l'épididyme, faisant penser à une orché-épидидymite 1 cas
 - 4 - localisation intra-vaginale avec hydrocèle 1 cas
 - 5 - localisations intra-péritonéales : 4 cas, dont :
 - à type d'ulcus gastro-duodénal 1 cas
 - à type d'occlusion intestinale du grêle 1 cas
 - à type de péritonite suppurée 1 cas
 - à type de faux kyste méso-colique 1 cas
 - 6 - Un cas complexe de pancréatite atténuée, évoluant vers une hypertension portale par adénopathie filarienne 1 cas
-
- soit 11 cas

Parmi les observations restantes :

- certaines relèvent de migrations aberrantes,
- et d'autres de migrations habituelles, mais chirurgicales, parfois associées chez le même malade.

Au total, il rapporte 29 localisations différentes, pour 25 observations : un certain nombre donc de malades étaient poly-infestés, et présentaient comme notre patient plusieurs localisations.

Ainsi donc, si quelques embryons s'égarent, la plupart d'entre eux réussissent à rejoindre leur territoire d'élection, les

(1) Mr CARAYON a été interrogé par Mr SCHNEIDER à l'occasion de cette observation ; il lui a confirmé n'avoir jamais vue jusqu'à présent de localisation semblable à celle que nous décrivons ici.

parties déclives des membres inférieurs.

Il arrive fréquemment que la filaire de Médine se calcifie in-situ : la simple radiographie du membre parasité, par exemple, montre alors, se profilant sur les parties molles, le long des os ou ailleurs, une opacité filamenteuse et tortueuse, qui n'est autre que le ver : mais nous avons vu que dans notre observation, il n'a pas été trouvé de telle calcification qui aurait peut-être permis de faire le diagnostic avant l'intervention .

Nous savons que la Dracunculose provoque fréquemment des abcès aseptique, ou même surinfectés ; mais cette complication n'a pas de traduction radiologique directe.

Dans notre cas, le diagnostic étiologique était particulièrement difficile ; les signes cliniques étaient en faveur d'une paraplégie par compression, mais nombre d'infections pouvaient être évoquées, notamment :

- une tumeur médullaire,
- un hématome épidural infecté ou non,
- une tumeur néoplasique osseuse primitive, ou métastatique ... etc...

Malgré l'absence de signes infectieux chez ce malade originaire d'Afrique, nous aurions pu soupçonner :

- une infection amibienne,
- une mycose profonde,
- ou encore une bilharziose, à localisation aberrante, dont on connaît quelques cas.

Certes, chez ce malade on avait la notion d'une Dracunculose, puisqu'il portait la cicatrice d'une plaie superficielle à filaire de Médine ; mais jusqu'à ce jour, il n'a jamais été décrit de manifestation neurologique à *D. Medinensis*, alors que d'autres filaires, telles *Loa-loa*, *W. Bancrofti* et *O. Volvulus*, ont pu être reconnues responsables de troubles neurologiques.

On comprend très bien donc, qu'il a fallu l'intervention chirurgicale, pour arriver à faire ce diagnostic exceptionnel. Cette intervention a été faite d'extrême urgence, car, quelque fut la cause de la compression, il fallait lever l'obstacle, et libérer la moelle ; et cela, seul le neuro-chirurgien pouvait le faire.

Dans l'interprétation des manifestations neurologiques, et des séquelles, il faut bien entendu admettre que la présence de

la filaire , et la suppuration consécutive à sa présence a été la cause première des troubles.

Mais pour comprendre la suite, et en particulier les séquelles en apparence définitives, il faut admettre aussi l'existence d'une participation inflammatoire secondaire.

C'est elle qui est responsable de la fibrose épidurale, dense et plasmocytaire que nous a décrite le Dr. FONCIN ; car, la filaire s'est fixée étant jeune, et avait grandi à cet endroit : le corps étranger qu'elle représente a déterminé la formation lente de cette néoformation où prédomine les phénomènes de mobilisation, de multiplication et de métamorphose cellulaire, provoquant la réaction inflammatoire très dense que nous avons constatée..

Il semble d'autre part que la thrombose des vaisseaux dure-mériens et sous-arachnoïdiens, n'est pas étrangère à ce syndrome, car on a décrit de pareils phénomènes dans les épidurites staphylococciques : la coagulase sécrétée par le germe provoque une thrombophlébite ; puis le staphylocoque sécrétant des enzymes fibrinolytiques, les caillots se trouvent fragmentés, et de multiples embols sont projetés dans la circulation sanguine, créant une ischémie soit des territoires adjacents, soit à distance du foyer infectieux.

Malgré cette analogie, l'examen du pus nous a montré l'absence de tout germe.

Pour le syndrome neurologique proprement dit, il y a eu :

1 - Une phase prémonitoire, marquée par les douleurs intenses ayant obligé le malade à consulter :

- ce sont probablement les phénomènes de thrombophlébites qui sont en cause. Peut être aussi, y-a-t-il le rôle irritant , sensibilisant, de type allergique du ver, telle l'urticaire généralisée constatée dans la forme commune, en rapport avec la maturation des microfilaries prêtes à être essaimées.
- de toute façon , l'hémogramme, avec sa discrète anémie, sa leucocytose subnormale, et son éosinophilie basse, ne permettait pas d'évoquer une helminthiase ; mais on sait que G. LAVIER, a déjà mis l'accent sur cette évolution de l'éosinophilie sanguine, et J. SCHNEIDER nous rapporte ce schéma :

"l'éosinophilie sanguine, témoin d'une helminthiase, est surtout élevée lors de la période d'invasion de l'organisme par le parasite Ultérieurement, le taux de l'éosinophilie sanguine diminue et se maintient à un niveau élevé pendant la phase de latence."

sinophilie tend, progressivement , vers un retour lent à la normale".

- 2 - Quant à la phase de paraplégie flasque, l'installation brutale de la maladie, semble en rapport avec des embols, colonisant aussi bien les vaisseaux nourriciers de la voie pyramidale, que ceux du neurone périphérique.

Malgré la précocité de l'intervention, notre malade est resté grabataire ; un infirme dont l'avenir est très gravement compromis vu les troubles sphinctériens et les escarres multiples , source constante de surinfections et de complications graves.

oOo

CONCLUSION

Notre travail a été inspiré par une observation particulièrement intéressante et rare de Dracunculose.

Avant d'exposer cette observation, nous avons tenu dans la première partie de notre étude à situer la dracunculose et à rappeler les principales caractéristiques parasitologiques, épidémiologiques et cliniques de la maladie.

Nous avons vu en particulier qu'à côté des formes communes où la filaire pathogène se localise aux membres et ne constitue qu'une modeste infirmité, il y avait des cas où, du fait de la localisation aberrante et de la création de suppuration le plus souvent aseptique, la dracunculose pouvait revêtir un caractère beaucoup plus sévère.

Parmi toutes les formes graves que nous avons pu relever dans la littérature; il n'y avait aucune qui ait comporté des suites aussi graves que celle constatée ici.

Cette observation semble être le premier cas où *Dracunculus Medinensis* a été cause d'une épidurite suppurée, laquelle s'est révélée cliniquement par une paraplégie. Malgré une intervention neuro-chirurgicale d'urgence qui avait permis de libérer la moelle et de faire la preuve de l'origine filarienne de l'épidurite suppurée, l'évolution de la maladie a été très sévère, et le malade a conservé une paraplégie définitive.

Pour expliquer à la fois la brutalité d'installation de cette paraplégie, son intensité maximum et sa persistance après intervention, il faut invoquer, compliquant la suppuration d'origine filarienne, l'intervention d'un processus vasculaire dans lequel la participation veineuse semble prépondérante.

Vu, le Président de Thèse

L.C. BRUMPT

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

- 1 - BERTRAND-FONTAINE (Th.) SCHNEIDER (J.),
WOLFROMM (R.) et CAGNARD (V.) -
Un cas de Filariose cérébrale (double hémiplégie au
cours d'une filariose à F. Loa).
Bull. Mem. Soc. Med. Trop. 1948 t 64 (32-33)
pp. 1092 - 1095.

- 2 - BOTREAU-ROUSSEL (J. P.) -
Radiologie du ver de Guinée après injection de lipiodol.
Bull. Soc. Path. Exot. 1928, t. 21 p. 103.

- 3 - BOTREAU-ROUSSEL (P.) -
Clinique chirurgicale des Pays chauds.
Masson édit. 1938

- 4 - BRUMPT (E.) -
Précis de Parasitologie.
Masson édit. 1949

- 5 - CANET (J.) -
Les traitements récents de la Filariose humaine.
Paris Medical, suppl. mai-juin n° 3, pp. 65 - 73
1950.

- 6 - CARAYON (A.), SANKALE (M.), WILM (A.) et PREVOST (J. J.)
Les complications cérébro-méningées des Filarioses.
Med. Trop. t 6, n° 14, pp. 678 - 688, 1954.

- 7 - CARAYON (A.) et ROBERT (H.) -
Aspects chirurgicaux des Helminthiases en Afrique de
l'Ouest.
Med. Trop. t. 5, n° 21, pp. 538 - 549. 1961.

8 - CARRIERE (E.) -

Quelques formes cliniques peu fréquentes de la Dra-
cunculose.

Thèse de Medecine (Montpellier) 1920.

9 - CONFERENCE D'EXPERTS -

Sur la filariose et l'éléphantiasis.

(Commissions du Pacifique Sud) Papeete (Tahiti)

21 août - 1er sept. 1951.

10 - DEJOU (L.) -

Les localisations chirurgicales des Filarioses africaines.
Arthrites et suppurations des parties molles.

Med. Trop. 1941, t 1, pp. 15

11 - DEJOU (L.) -

Kystes suppurés et abcès chroniques par ver de Guinée.

Bull. Soc. Path. Exot., t 41, pp. 200-202, 1948.

12 - DEJOU (L.) et CAMAIN (R.) -

Localisation péritonéale d'un ver de Guinée avec Syndro-
me ulcéreux gastrique.

Bull. Soc. Path. Exot. t 44, pp. 438-440, 1951.

13 - DEJOU (L.) -

Les altérations du cordon spermatique dans les filarioses
(F. Bancrofti, F. Loa, F. Medinensis).

Communication au Vè Congrès internationaux de Méde-
cine Tropicale et du paludisme.

Istambul 1953.

14 - FERREIRA (F.C.) et LOPES (F.M.R.) -

Aspectos clinicos e epidemiologicos dum foco endemico
de Dracontiasse na Guinée Portuguesa.

Ann. Instit. Med. Trop. (LIBON) 1948, t 5, pp. 71-86.

15 - GALLAIS (P.), COLLOMB (H.) et GUEDUL (J.) -

Les manifestations neuro-psychiques des Filarioses.

Med. Trop. t 6, n° 14, pp. 663-677, 1954.

16 - GALLIARD (H.) -

Recherches sur les Filarioses au Gabon occidental.

Bull. Soc. Path. Exot. t 1, p. 167, 1932.

17 - GALLIARD (H.) -

Filarioses.

Encycl. Med. clin. Maladies infectieuses et parasitaires, tome II, p. 8112, A 10 - 13 c.

18 - GUILLAUME (J.) et SIGWALD (J.) -

Compressions médullaires : Diagnostic neuro-chirurgical.

Presses Universitaires de France, édit. 1947.

19 - HUARD (P.) -

Quelques remarques sur les arthrites par ver de Guinée.

Bull. Soc. Path. Exot. 1938, t 31, pp. 722-725.

20 - IOSPIN. -

Note sur deux kystes à Filaire de médine, à localisation rare.

Bull. Soc. Path. Exot. t 32, 1939.

21 - JOYEUX (C.) et SICE (A.) -

Précis de Médecine des Pays chauds.

Masson édit. 1950.

22 - LEDANTEC (A.) -

Précis de pathologie Exotique.

Doin et Cie édit. (5e éd.) 1950.

23 - LHERISSON (C.) et AUGUSTINE (D.L.) -

Etudes de la spécificité des intradermo-réaction dans le diagnostic de la filariose.

Am. J. Hyg. t 43, pp. 38 - 40, 1948.

24 - LINDBERG (K.) -

Seconde enquête épidémiologique sur la Dracunculose dans l'Inde.

Bull. Soc. Path. Exot. t 41, pp. 282 - 293. 1948.

25 - MANSON-BAHR (P.)

Synopsis of tropical medicine.

Cassel and C^o Ed. (London).

27 - MARTIN (M.) et GUILLAUME (P.) -

Traitement des Filarioses.

Med. Trop. t 3, n° 19, 1959.

28 - MEYERS (F.M.) et KOUWENAAR (W.) -

Hyperéosinophilie et forme particulière de la Filariose.
Geneesk - Tijdschr. Nederl. Indië, t 79, pp. 853-873,
av. 1939.

29 - ONABAMIRO (S.D.)

The transmission of *Dracunculus Medinensis* by thermocyclops Nigériacuis, as observed in a village in South-West Africa.

Am. Trop. Med. t 45, pp. 1-10, 1951.

30 - PELLEGRINO (A.) et CAVE (L.) -

Radiologie des calcifications parasitaires. La communauté d'expression Française en Afrique noire et à Madagascar.

Med. Afrique noire, (numéro spécial) pp. 121-130,
1960.

31 - PHALIPPOU (Ch.) -

Les cyclops.

Thèse de Médecine (Toulouse) 1910.

32 - REYNES (V.) -

Précis d'épidémiologie et prophylaxie des grandes endémies tropicales.

Masson éd. (3e éd.) 1955.

33 - ROUQUES (L.) -

Les compressions médullaires.

Traité de Médecine. t 16, pp. 452-494. Masson éd.
1949.

34 - SCHNEIDER (J.) -

Les maladies tropicales dans la pratique médicale courante.

Masson éd. 1962.

35 - STEFANOPOULO (G.J.) et DANIAUD (J.) -

Reaction de fixation du complément et intradermoréaction au cours de la Filariose humaine à *D. Médinensis*.

Bull. Soc. Path. Exot. t33, n° 3, pp. 149-153, 1940.

36 - THOMPSON (K.J.), RIFKIN (H.) et ZARROW (M.) -

Filariose récente. Analyse clinique et pathogénique.
J.A.M.A. t 129, n° 16, pp. 1074-1079, 15 déc.
1945.

37 - VAUCEL (M.)

Médecine tropicale.

(Collection Médico-chirurgicale Flammarion à ré-
vision annuelle). Flammarion éd. pp. 274-281.

38 - WOITHELET (G.) -

Les calcifications parasitaires des parties molles.
Diagnostic radiologiques.

Mémoire pour le C.E.S. d'électroradiologie
Fac. de Médecine de Paris, 1957.

